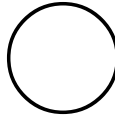


捨印



風しん対策 委託料請求書

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

逗 子 市 長

住 所 _____

医 療 機 関 _____

氏 名 _____ 印

____ 月分の委託料を次のとおり請求します。

		請求件数	請求金額(税込)	合計金額
予防接種	(乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン) MRワクチン		11,022円	
	(乾燥弱毒生風しん混合ワクチン) 風しん単独ワクチン		7,062円	
	予診のみ		3,201円	
合計				

(注意)

請求書の押印を省略する場合は、責任者及び担当者を下記欄にご記入ください。

【責任者】 所属名役職名 氏名 連絡先

【担当者】 所属名 氏名 連絡先

予防接種委託料振込口座

金融機関名		金融機関番号	
支店名		支店番号	
口座番号	普通・当座		
口座名義			